

-----  
(スモン)

## 同 意 書

特定疾患治療研究事業に係る医療の給付を受けるにあたり  
必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報に  
つき、大阪府が私の加入する医療保険者へ認定に必要な情報を  
提供し、報告を求めることに同意します。

また、これに関する所得証明関係の書類について、大阪府が  
市町村から代理収集することについても併せて同意します。

年 月 日

大阪府知事 様

受給者住所

受給者氏名  
(患者氏名)

※ボールペンでご記入ください。

## 特定疾患医療受給者証への健康保険情報記載に伴う

### 同意書の提出について

特定疾患医療受給者証に受給者の健康保険証の情報(保険者番号・名称、被保険者証の記号・番号、高額療養費の適用区分)を記載することになっております。

記載にあたって高額療養費の適用区分について大阪府から各保険者へ問い合わせをしますので、その情報提供についてご同意いただく同意書の提出をお願いいたします。また、所得証明関係の書類についても、大阪府があなたの代理として市町村から収集することがありますので、併せて同意いただくこととなります。

つきましては、新規・更新申請をされる方及び健康保険証の変更届を出される方は同意書を提出いただきますよう、ご理解とご協力をお願いいたします。

### ◆スモン患者の方に提出をお願いするもの◆

#### ◎同意書(裏面)

- ・ 新規申請の方、他府県からの転入の方は、必ず提出してください。
- ・ 各種変更申請の方、更新申請の方で、現在お持ちの特定疾患医療受給者証と健康保険証の記載内容が異なる場合は、提出してください。

#### 【お願い】

新規・更新認定に関する手続きの際に上記のとおり大阪府から各保険者(健康保険組合等)へ問い合わせをします。そのため、各保険者への照会期間が必要となり、受給者証の発行に時間がかかりますので、ご理解とご協力をお願いいたします。